Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

825

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de uitzending «Hogere eigen bijdragen ziekenhuis»* (ingezonden 19 november 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 9 december 2015).

Vraag 1
Hebt u de uitzending van Radar «Hogere eigen bijdragen ziekenhuis» gezien? Zo ja, wat vond u daarvan?[1]

Antwoord 1
Ik heb de uitzending van Radar «Hogere eigen bijdragen ziekenhuis» met belangstelling bekeken.

Vraag 2
Deelt u de mening dat er over het zogenaamde hinderpaalcriterium en de budgetpolissen veel onduidelijkheid bestaat? Zo ja waarom wel, zo nee waarom niet?

Antwoord 2
De budget- en naturapolissen van verzekeraars bevatten informatie over de eigen bijdragen die verzekerden moeten betalen als ze gebruik maken van zorg van niet-gecontracteerde aanbieders met inachtneming van het hinderpaalcriterium. Dit houdt volgens de Zvw in dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag mag zijn dat dit een belemmering is voor de verzekerde om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Vraag 3 en 4
Deelt u de mening dat zorgverzekeraars meer duidelijkheid moeten geven over consequenties van het zogenaamde hinderpaalcriterium bij het afsluiten van een zorgpolis? Hoe wilt u dit bevorderen?
Deelt u de mening dat zorgverzekeraars ook de juiste informatie over polissen en bijvoorbeeld het hinderpaalcriterium moeten verstrekken? Wat vindt u

[1] De uitzending van Radar, 16 november 2015

ah-tk-20152016-825
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2015

ervan dat dit op basis van bovengenoemde uitzending van Radar klaarblijkelijk niet gebeurt?

Antwoord 3 en 4
Zorgverzekeraars zijn uit hoofde van de Wet marktordening gezondheidszorg verplicht informatie openbaar te maken over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Hieronder valt ook informatie over contractering bij zorgpolissen. Deze verplichting is uitgewerkt in de Regeling TH/NR-004 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze regeling is onlangs aangescherpt; hierover heb ik u geïnformeerd in de voortgangsrapportage over Kwaliteit loont.
Zorgverzekeraars moeten kenbaar maken met welke zorgaanbieders voor welke vormen van zorg een contract is afgesloten voor de betreffende polis. Bovendien moet transparant worden of de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking en wat de hoogte van het percentage is van de vergoedingsbeperking.
Zoals aangekondigd in hun actieplan Kern-gezond wijzen de zorgverzekeraars dit jaar consumenten expliciet – via de zogenaamde bijsluiter – op de risico's van polissen waarvoor een beperkt aantal zorgaanbieders gecontracteerd is (budgetpolissen). Zorgverzekeraars wijzen zowel op het risico dat de verzekerde met deze polis bij minder zorgaanbieders terecht kan, als op het financiële risico dat een verzekerde loopt bij het gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg als hij deze zorg niet volledig vergoed krijgt. Hierover heb ik u geïnformeerd in mijn brief van 20 oktober jl. (Kamerstukken II 2015/16, 34 300 XVI, nr. 11).
Zorgverzekeraars gaan de werking van de bijsluiter na het overstapseizoen evalueren, waarbij ook zal worden nagegaan of aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn. Zowel de NZa als VWS zullen ook onderzoek (laten) doen naar het verloop van het overstapseizoen.

Vraag 5
Bent u net als de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) van mening dat er rekenmodellen beschikbaar zouden moeten zijn om te bepalen wat een geschikte vergoeding is? Zo ja, waarom wel, zo nee, waarom niet?

Antwoord 5
Het hinderpaalcriterium is niet te vervatten in een rekenmodel. De invulling van dat criterium en de jurisprudentie daarover is nog in ontwikkeling.

Vraag 6 en 7
Wat vindt u ervan dat uit het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van juni 2015 blijkt dat er nog budgetpolissen zijn die slechts 50% van de niet-gecontracteerde medisch-specialistische zorg vergoeden?
Op welke manier heeft de NZa dit jaar er toezicht op gehouden dat een hinderpaal van 50% niet een te grote belemmering is voor patiënten voor het afnemen van niet-gecontracteerde zorg?

Antwoord 6 en 7
De NZa heeft recent besloten vast te houden aan het standpunt dat zorgverzekeraars, gegeven het hinderpaalcriterium, zelf een vergoeding mogen bepalen voor niet gecontracteerde zorg. Voor de duiding van het begrip hinderpaal verwijst de NZa naar de bestaande jurisprudentie. Deze jurisprudentie is nog niet uitgekristalliseerd.
De NZa maakt voorts kenbaar hoe zij als toezichthouder op dit onderdeel zal toezien en wil dat zorgverzekeraars een lager percentage dan 75 procent motiveren en zo nodig onderbouwen naar de NZa. Volgens de NZa kan het opnemen van een hardheidsclausule in de modelovereenkomst hierbij ook een rol spelen. Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg.

De NZa beoordeelt bij de polissen die in 2016 op de markt worden gebracht of die voldoen aan de wet in het licht van staande jurisprudentie. Indien dat niet het geval is zal de NZa hiertegen optreden en indien nodig handhaven.

Vraag 8
Welke zorgverzekeraars hanteren een vergoeding van 50% voor niet-gecontracteerde verslavingszorg? Zo ja, hoe verhoudt zich dat tot het arrest van het gerechtshof van 's-Hertogenbosch van 9 juli 2013?

Antwoord 8
In 2015 worden door twee zorgverzekeringsconcerns acht polissen aangeboden waarbij voor de GGZ een vergoedingspercentage van minder dan 75% van het marktconforme tarief wordt gehanteerd. Voor 2016 heb ik op dit moment nog geen zicht op het aantal polissen met een vergoedingspercentage van minder dan 75%. Op grond van de huidige jurisprudentie valt niet met zekerheid te zeggen of deze vergoedingspercentages al dan niet een hinderpaal opleveren.

Vraag 9
Wat vindt u ervan dat de NZa stelt dat mensen die van mening zijn dat de 25% of meer eigen bijdrage een te grote hinderpaal is naar de rechter of geschillencommissie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) kunnen stappen?

Antwoord 9
Het klopt niet dat de NZa dit zo stelt. Zoals ik bij mijn antwoord op vraag 6 en 7 heb aangegeven stelt de NZa dat een zorgverzekeraar een vergoeding van minder dan 75% moet motiveren en zo nodig onderbouwen.
Wanneer verzekerden vinden dat de geboden vergoeding in hun specifieke situatie een hinderpaal vormt kan de verzekerde bezwaar maken bij de zorgverzekeraar. Indien de zorgverzekeraar daar negatief op antwoordt heeft de verzekerde altijd het recht om naar de geschillencommissie (SKGZ) of naar de civiele rechter te stappen. Mensen kunnen bij de geschillencommissie laagdrempelig met hun klachten terecht.

Vraag 10
Heeft u er zicht op of er ook voor 2016 nog budgetpolissen worden aangeboden? Als die worden aangeboden, zit er dan een duidelijke bijsluiter bij die te begrijpen is?

Antwoord 10
Zowel de NZa als VWS zullen het lopende overstapseizoen (laten) onderzoeken. Uit dit onderzoek zal blijken of er polissen met beperkende voorwaarden worden aangeboden voor 2016 en of daar een bijsluiter bij wordt aangeboden en welke informatie die bevat.

Vraag 11
Deelt u de mening dat ziekenhuizen en specialistische behandelcentra bij aanvang van de behandeling de plicht hebben om voor de patiënt na te gaan of het ziekenhuis of het specialistisch behandelcentrum ook gecontracteerd is?

Antwoord 11
Het is de taak van de patiënt zelf om na te gaan of het ziekenhuis of het specialistisch behandelcentrum gecontracteerd is. De patiënt kan dit nagaan door dit na te vragen bij zijn zorgverzekeraar. Ook moeten de zorgverzekeraars op hun website een actueel overzicht publiceren van de zorgaanbieders die gecontracteerd zijn. Dit is te vinden via bijvoorbeeld de «Zorgzoeker» of «Zorgvinder» op de websites van zorgaanbieders.
Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft een tool ontwikkeld die zorgaanbieders de mogelijkheid geeft om een polischeck te doen zodat de zorgaanbieder de patiënt/verzekerde voorafgaand aan een behandeling informatie kan geven over de mate van vergoeding op grond van de polis van de patiënt/verzekerde. Dit is de inkijkvoorziening polis verzekerden (IVP). De planning is dat de IVP vanaf 1 januari 2016 beschikbaar komt voor zorgaanbieders, te starten met ziekenhuizen. Ik vind het van belang dat zorgaanbieders met

behulp van het IVP hun patiënten/verzekerden goed informeren over de mate van vergoeding op grond van de polis van de patiënt/verzekerde.

Vraag 12
Wat vindt u ervan om voor categorieën behandeling een vast percentage als hinderpaal vast te stellen, zodat patiënten niet langer een rechtszaak hoeven te voeren om te weten wat een passende en niet-belemmerende vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is?

Antwoord 12
Zie mijn antwoord op vraag 5.